

الصحة تآك يد
المدرسة الرعاية



| | |
|--|------------------|
| | المنشأة إسم |
| | لطف ال كامل لإسم |
| | المنشأة إسم |
| | مجموعة |

دآك أسد فله الموقع أنا
مصاب ب شخص إصآل أي لديه ي كن لم اعلاه المذكور ال ط فل أن
أيام ١٤ خلال بال فيروس
الماضية
تحت معه ي عيشون ال لذين الأشخاص كذلك و اعلاه المذكور ال ط فل أن
ليس واحد سقف
والشم حاسة ف قدان المثال سد بيل على ١٩ كوف يد أعراض أية لديهم
درجة إرتفاع الذوق،
السعال و الحرارة
اعلاه المذكورة الأعراض ظهور حالة في الفور على المنشأة إطلاع
من أخذه الفور على ي جب اعلاه المذكور ال ط فل على الأعراض ظهور عند
الرعاية
المدرسة

| | |
|----------------------------------|-------------|
| الأمر ولي أو الأم أو الأب توق يع | اليوم تاريخ |
| | |

ي جب العمل نطاق في ١٩ ب كوف يد بمصابين إصآل لهم الذين الأشخاص ان أي ضآل لإشارة

١٩ كوف يد أعراض أية من خالين ي كونوا أن عليهم